

PEMAKAIAN *OVERDENTURE* GIGI TIRUAN PENUH RAHANG ATAS YANG BERANTAGONIS DENGAN GIGI TIRUAN SEBAGIAN KLAS I KENNEDY UNTUK MENCEGAH GEJALA AWAL SINDROMA KOMBINASI (Laporan Kasus)

Esqiyati Wahidah*, Max B. Leepel**

*Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Prostodonti

**Staf Pengajar Prosthodonti

Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Esqiyati Wahidah, Max B. Leepel: Pemakaian *Overdenture* Gigi Tiruan Penuh Rahang Atas yang Berantagonis dengan Gigi Tiruan Sebagian Klas I Kennedy untuk Mencegah Gejala Awal Sindroma Kombinasi (Laporan Kasus). Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. 2003 : 10 (Edisi Khusus) : 97-105

Abstract

Single complete denture with only lower anterior teeth left often causes failure in overall prosthodontic treatment. Functional load lays on the upper anterior alveolar bone, causing bone resorption and overgrowth of gingivae tissue. Overdenture can preserve alveolar bone height and prevent further bone resorption. Selection of the supporting teeth for overdenture, endodontic treatment, and oral health care become vital in overdenture treatment.

Key words: Removeable partial denture; cleft lip; cleft palatum

Pendahuluan

Banyak masalah yang ditimbulkan pada kasus pasien yang menggunakan gigi tiruan lengkap yang berantagonis dengan gigi asli anterior atau berantagonis dengan gigi tiruan sebagian yang disebut dengan kasus *Single Complete Denture*, oleh karena adanya resorpsi yang cepat dan tidak merata.¹

Apabila gigi yang tertinggal adalah gigi anterior mandibula maka beban

fungsional terbesar terletak pada regio anterior gigi tiruan rahang atas, dimana gigi tiruan tersebut menutupi residual ridge anterior rahang atas yang terdiri dari tulang cancellous yang mudah dan cepat mengalami resorpsi, jika menerima beban yang berlebihan. Ketika resorpsi berlangsung tulang prosesus alveolaris akan digantikan oleh jaringan yang berlebihan yang mengawali terjadinya *Sindroma Kombinasi*.¹

Menurut Timothy R, kehilangan tulang pendukung prosesus alveolaris regio posterior mandibula mengakibatkan beban pengunyahan berpindah ke regio anterior

mandibula, hal ini menyebabkan meningkatnya beban pengunyahan/ tekanan ke regio anterior rahang atas yang mengakibatkan cepatnya resorpsi proses alveolaris regio tersebut. Jaringan lunak yang melapisinya dapat atau tidak dapat mengalami resorpsi sehingga menghasilkan derajat tahanan jaringan yang bervariasi.⁵

McGreggor dkk mengatakan bila gigi tiruan penuh rahang atas berantagonis dengan gigi tiruan sebagian klas I Kennedy rahang bawah, setelah dipakai bertahun-tahun akan ditemui tahanan jaringan yang tinggi pada proses alveolaris rahang atas dengan resorpsi yang jelas. Cara mengatasinya adalah pencabutan gigi anterior rahang atas sedapat mungkin dicegah, salah satu caranya dengan mempertahankan akar gigi dan menutupi permukaan sisa akarnya, kemudian memakai *overdenture*.²

Tujuan penulisan ini adalah mengemukakan pemakaian *overdenture* gigi tiruan penuh rahang atas yang berlawanan dengan gigi tiruan sebagian lepasan akrilik klas I Kenedi untuk mencegah kemungkinan terjadinya sindroma kombinasi.

Tinjauan Pustaka

Resorpsi tulang alveolaris akan terjadi setelah dilakukan pencabutan gigi dan pemakaian gigi tiruan, dan kekuatan tekanan oklusal akan mengakibatkan kerusakan proses alveolaris. Kelly cit. Kay Shen (1989) menggambarkan pola kerusakan resorpsi proses alveolaris yang terjadi dan pertumbuhan jaringan lunak yang terjadi setelah pasien memakai gigi tiruan penuh rahang atas yang berantagonis dengan gigi tiruan sebagian rahang bawah dengan perluasan distal bilateral. Perubahan tersebut adalah:^{4,5,6}

1. Kehilangan tulang alveolar pada regio anterior rahang atas.

2. Pertumbuhan jaringan yang berlebihan pada tuberositas maksila.
3. Hiperplasi papilla palatum.
4. Ekstrusi gigi anterior mandibula.
5. Resorpsi tulang alveolaris regio posterior rahang bawah.

Kondisi yang komplek ini menurut Kelly disebut "Sindroma Kombinasi" yang dikembangkan oleh Saunders cit. Kay Shen (1989) bahwa sindrom ini akan diikuti symptom lain sebagai berikut:

1. Perubahan dimensi vertical.
2. Perubahan lengkung bidang oklusal.
3. Resorpsi mandibula dari posterior ke arah anterior.
4. Adaptasi pemakaian protesa yang buruk.
5. Epulis Fissuratum
6. Kelainan jaringan periodontal.

Pada pasien dengan kondisi seperti ini akan mengalami banyak kesulitan terutama untuk beradaptasi dengan gigi tiruannya. dan untuk memperbaikinya tak jarang harus melakukan bedah koreksi untuk mendapatkan gigi tiruan yang dapat berfungsi dengan baik. Pada kasus sindroma kombinasi penyebab yang paling sering terjadi disebabkan adanya perubahan yang saling berkaitan, resorpsi yang terjadi pada tulang alveolaris regio posterior rahang bawah yang ditutupi oleh basis gigi tiruan berangsur-angsur akan menyebabkan terjadinya perubahan kedudukan/posisi gigi tiruan rahang bawah, selama belum ada masalah yang ditimbulkannya pasien masih tidak peduli, sampai timbul banyak perubahan sehingga berkembang menjadi sindroma kombinasi.⁵

Kehilangan dukungan pada regio posterior rahang bawah mengakibatkan berpindahnya beban oklusal yang diterima dari posterior sedikit demi sedikit menuju regio anterior, sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan juga di regio anterior rahang atas yang mengakibatkan cepatnya resorpsi tulang alveolarnya. Cepatnya resorpsi tulang alveolar yang tidak disertai dengan atropi jaringan lunak yang melapisinya akan menghasilkan tahanan jaringan yang berbeda-beda. Sehingga akan

tampak menurunnya dukungan tulang pada gigi tiruan dan banyaknya jaringan lunak pendukung yang mudah bergerak (tahanan jaringan tinggi).⁵

Resorpsi prosesus alveolaris yang berlebihan akan mengakibatkan perubahan dimensi vertikal oklusi dan sedikit demi sedikit akan terjadi perubahan bidang oklusal lebih rendah kearah posterior. Gigi tiruan akan berubah kedudukan menekan kearah anterior superior yang mengakibatkan timbulnya epulis fissuratum di daerah sayap labial dan diikuti pertumbuhan yang berlebihan jaringan fibrous tuberositas maksila.⁵

Perubahan bidang oklusal menghasilkan kontak protusif oklusal yang menimbulkan resiko terjadinya ekstrusi dan flaring gigi anterior mandibula serta diikuti perubahan jaringan periodontal. Jika beberapa perubahan ini telah terjadi pasien akan merasakan berkurangnya retensi dan stabilisasi gigi tiruannya. Kenyataannya pasien dengan tanda-tanda sindroma kombinasi ini sering ditangani dengan melakukan relining basis gigi tiruan hanya pada rahang atas yang mana justru mengakibatkan pertumbuhan fibrous yang berlebihan pada tuberositas maksila akibat adanya tekanan negatif. Inflamasi palatum dan hiperplasi papilla timbul akibat adaptasi protesa yang buruk ditambah pengaruh kebersihan mulut yang buruk, menggunakan relief chamber dan factor-faktor predisposisi yang lain.⁵

Rencana perawatan pada kasus *Single Complete Denture Maxilla* dengan gigi tiruan sebagian klas I Kennedy memerlukan perhatian khusus. Treatment dasar yang harus dilakukan adalah mengurangi tekanan oklusal yang berlebihan pada regio anterior rahang atas baik posisi sentrik maupun eksentrik. Tujuan utama perawatan adalah mempertahankan kesehatan jaringan periodontal dan keperluan rehabilitasi gigi yang masih ada. Mendapatkan dukungan oklusal yang positif dari gigi yang tersisa dan perluasan basis pada gigi tiruan baik

rahang atas maupun rahang bawah. Komponen direk dan indirek ditambahkan untuk meningkatkan stabilisasi gigi tiruan dengan cara meminimalkan gerakan lateral, rotasi dan anteroposterior.⁵

Gigi tiruan penuh rahang atas sebaiknya mempunyai perluasan basis yang maksimum, border seal, dan kontak basis yang rapat dan merata akan meningkatkan retensi basis gigi tiruan. Bidang oklusal sebaiknya mampu mempertahankan dimensi vertikal rahang dan mempertahankan posisi relasi sentrik. Gigi tiruan anterior rahang atas hanya berfungsi sebagai estetik dan fonetik, sehingga sebaiknya tidak ada kontak gigi tiruan anterior rahang atas dan gigi asli rahang bawah dan hanya kontak minimal pada posisi eksentrik sepanjang gigi posterior dapat mempertahankan kontak. Keseimbangan oklusi didapatkan dengan menggunakan incisal guidance dan sudut tonjol gigi disesuaikan dengan sudut condylar rahang. DHE dan pentingnya kontrol secara teratur pada pasien untuk menjaga kesehatan mulut dan mempertahankan hasil perawatan merupakan hal yang essential untuk mencegah terjadinya sindrom.⁵

Pertimbangan utama untuk keberhasilan perawatan single complete denture konvensional adalah mempertahankan sisa jaringan pendukung yang ada. Keadaan ini sering menemui keputusan yang sulit untuk mendapatkan prosedur diagnostik yang baik, berbagai factor yang harus dievaluasi jika ingin mendapatkan hasil perawatan yang sempurna. Saat prosedur diagnostik salah satu hal yang harus diperhatikan adalah kemampuan gigi yang tersisa pada lengkung rahang mandibula, kemampuan menerima beban jaringan pendukung mandibula dan tidak ada lagi gigi mandibula yang akan diganti. Bentuk permukaan oklusal gigi mandibula biasanya menjadi petunjuk penyusunan gigi tiruan rahang atas terutama gigi posterior, jika keadaan gigi asli telah abrasi atau tidak memerlukan restorasi, meratakan bidang

oklusal merupakan hal yang harus dilakukan, kadang-kadang kondisi gigi asli mandibula tidak dapat menjadi petunjuk penyusunan gigi tiruan rahang atas untuk mendapatkan estetik dan keseimbangan oklusi. untuk mengatasi masalah ini ada beberapa hal yang bisa dilakukan yaitu :

1. Reposisi gigi asli dengan prosedur ortodontik.
2. Grinding atau pembuatan restorasi pada gigi asli.
3. Mendapatkan keseimbangan oklusi pada posisi relasi sentrik bukan eksentrik.
4. Bila kontur gigi asli terlalu besar pada dimensi buko-lingual, dapat dilakukan pengasahan pada kedua sisi buko-lingual.

Mc. Gerggor (1992) mengatakan untuk sedapat mungkin menghindari pencabutan gigi anterior rahang atas dengan mempertahankan sisa akar dan memakai *overdenture*.²

Overdenture adalah suatu gigi tiruan yang didukung oleh akar gigi yang tersisa dan residual alveolar ridge. Beberapa gigi asli dibentuk dan dipertahankan dengan memotong mahkota kurang lebih 1-2 mm diatas sulkus ginggiva. Permukaan akar gigi yang dipotong dibentuk membulat/bevel untuk mendapatkan ratio mahkota: akar yang sesuai mampu mendukung gigi tiruan diatasnya. Biasanya gigi yang akan dipertahankan akarnya dilakukan perawatan endodontik dahulu, kemudian bagian coronal root canal bisa direstorasi dengan amalgam atau casting gold coping. Hal yang harus diperhatikan pada perawatan *overdenture* ini adalah menjaga kebersihan mulut, mencegah karies dan mempertahankan kesehatan jaringan periodontal.³

Keuntungan pemakaian gigi tiruan *overdenture* adalah:³

1. Adanya sisa akar dibawah basis gigi tiruan, pasien merasa tidak kehilangan gigi semuanya sehingga

pasien akan dapat lebih cepat beradaptasi.

2. Sisa akar yang ditinggal dapat mempertahankan ridge menerima beban oklusal dan mempertahankan ketinggian vertical tulang alveolaris.
3. Gigi tersebut kontra indikasi sebagai gigi penjangkaran sehingga dapat dilakukan pemendekan mahkota untuk mendapatkan perbandingan mahkota akar yang sesuai sebagai dukungan *overdenture*.
4. Mempertahankan kesehatan jaringan periodontal khususnya pada regio gigi asli yang terlibat.
5. Menambah retensi dan stabilisasi basis gigi tiruan.
6. Kontra indikasi bagi *overdenture* bila gigi asli yang tersisa masih bisa dibuat restorasi gigi tiruan cekat atau sebagai gigi penjangkaran.

Seleksi lokasi gigi yang bisa mendukung *overdenture* sebaiknya pada lokasi dimana dapat menahan tekanan oklusal terbesar yang potensial merusak residual ridge misalnya pada gigi caninus dan premolar, gigi ini terletak pada regio yang mudah resorpsi. Mempertahankan gigi pada kedua lengkung rahang akan sangat membantu mempertahankan dimensi vertical oklusal dan stabilisasi gigi tiruan. Memperathankan gigi caninus dan premolar dua lebih baik dari pada premolar satu, peletakan gigi yang dipertahankan sebaiknya berjarak untuk memperluas dukungan. Perawatan endodontik yang sempurna sebelum dilakukan pemendekan mahkota merupakan kunci kesuksesan perawatan *overdenture*.³

Kasus

Pasien laki-laki usia 53 tahun, ingin dibuatkan gigi tiruan agar dapat mengunyah dengan baik dan memperbaiki penampilan. Sosial-ekonomi pasien sedang, hasil

pemeriksaan klinis dan radiologis ditemukan keadaan sebagai berikut :

Kehilangan gigi: 11, 12, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 32, 37, 38, 45, 46, 47, 48.

Gigi 13 goyang 2 derajat, 16 vital, goyang 3 derajat, ekstrusi, resesi ginggiva 8mm kecuali gigi 13 resesi 3mm.

Gigi 25 vital, resesi ginggiva 3 mm.

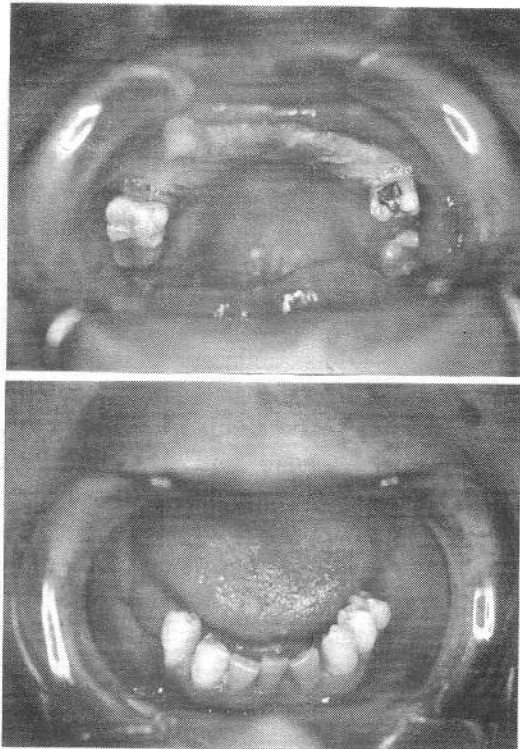
Gigi 18, 28 miring ke mesial, ekstrusi, goyang 1 derajat.

Gigi posisi normal vital 31, 33, 34, 41, 42, 43, 44 resesi ginggiva 2 mm.

Gigi 34 karies dentin.

Gigi 35 resesi ginggiva 6 mm.

Bentuk palatum oval dengan kedalaman sedang



Gambar 1. (atas) Kondisi rahang atas, gigi yang tersisa 13, 16, 18, 25 dan 28

Gambar 2. (bawah) Kondisi rahang bawah, gigi yang tersisa 31, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44.

Rencana Perawatan

Setelah mempelajari hasil pemeriksaan klinis intra oral dan ekstra oral, serta pemeriksaan radiologis maka direncanakan :

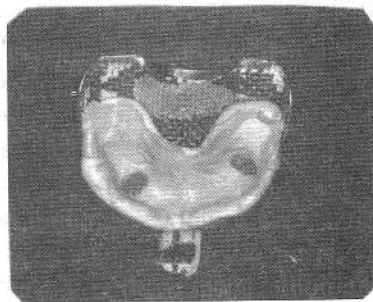
1. Tahap pertama pasien dilakukan perawatan ginggiva dan jaringan periodontal dengan dilakukan pembersihan karang gigi, polishing dan DHE.
2. Selesai perawatan periodontal dilanjutkan perawatan konservasi pada gigi 13 dan 25 perawatan vital pulpectomy , gigi 34 amalgam filling.
3. Pencabutan gigi 16, 18 , 28 dan menghilangkan bagian prosesus alveolaris yang tajam.
4. Tahap berikutnya preparasi gigi 13 dan 25 untuk restorasi cast metal coping.
5. Pengasahan gigi 33, 34, 35, 44 kurang lebih 1 mm untuk memperbaiki bidang oklusal.
6. Kemudian pembuatan overdenture gigi tiruan penuh akrilik rahang atas dengan dukungan sisa akar gigi 13 dan 25 dan gigi tiruan sebagian lepasan gingival akrilik rahang bawah dengan menggunakan cengkram 2 jari panjang gingival pada gigi penjangkaran 34, 35 dan cengkram 2 jari gingival pada gigi penjangkaran 34.

Penatalaksanaan Kasus

Perawatan pertama yang dilakukan adalah pembersihan karang gigi, polishing, dan DHE kemudian pencetakan rahang atas dan rahang bawah dengan sendok cetak anatomis dan bahan cetak alginat untuk mendapatkan model studi. Gigitan pasien tidak ada dan tidak stabil sehingga dibuatkan dimensi vertikal tentatif dengan bantuan galangan gigit, dimana selisih dimensi vertical fisiologis dan dimensi vertikal oklusal 2-4mm.

Perawatan kedua adalah pencabutan gigi 16, 18, 28, perawatan endodontik pada gigi 13 dan 25 pemendekan mahkotanya untuk menghilangkan trauma oklusi, penambalan karies gigi 34.

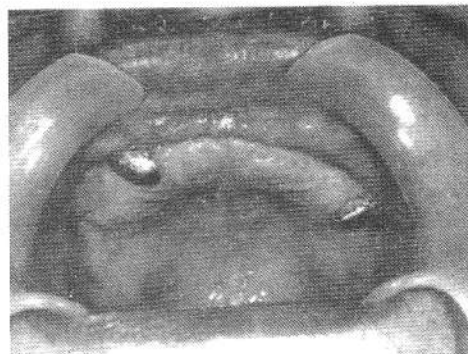
Kunjungan ketiga, 3 minggu setelah pengisian saluran akar gigi 13 dan 25 dilakukan pemeriksaan radiologis dan klinis dengan perkusi dan palpasi. Setelah tidak ada kelainan pada gigi 13 dan 25 dipotong mahkota sampai 1-2mm diatas sulkus ginggiva kemudian tepi dibulatkan/bevel ditutup dengan restorasi casting coping metal. Pengurangan struktur gigi harus menghindari terjadinya trauma jaringan lunak dan preparasi cervical untuk coping metal dengan bentuk modifikasi chamfer. Setelah preparasi corona cervical selesai, dilanjutkan preparasi saluran akar untuk membuat retensi coping, yaitu dengan membuang pengisian saluran akar sedalam kurang lebih 5mm dari corona dengan menggunakan gates gliden drill yang telah diberi stopper sepanjang 5mm kemudian dilebarkan secukupnya dengan reamer Peeso. Pencetakan saluran akar yang telah dipreparasi dan pembentukan coping menggunakan resin duraley sebelumnya saluran akar diolesi vaselin. Kemudian pencetakan pada rahang atas dengan resin duraley yang masih melekat pada saluran akar dengan sendok cetak anatomis dan bahan cetak double impression sehingga hasil cetakan negatifnya terlihat resin duraley yang menempel pada hasil cetakan double impression, kemudian prosesing.



Gambar 3. Hasil cetakan resin duraley untuk membuat cast metal coping pada regio gigi 13 dan 35.

Kunjungan keempat pemasangan coping metal pada corona akar gigi 13 dan 25, dengan menggunakan zink fosfat semen, pengasahan gigi anterior mandibula yang tersisa untuk meratakan bidang oklusi dan mencegah traumatic oklusi, penyesuaian sendok cetak perorangan kemudian border moulding rahang atas dan

rahang bawah, setelah selesai dilakukan pencetakan dengan rubber base untuk mendapatkan model kerja.



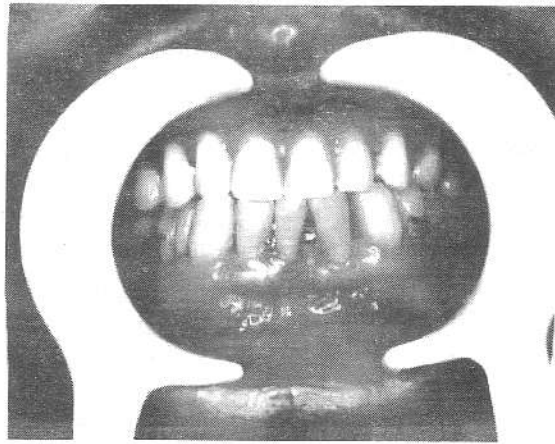
Gambar 4. Metal coping pada gigi 13 dan 25.

Kunjungan kelima adalah penentuan relasi rahang dengan bantuan galangan gigit, patokan menggunakan dimensi vertical tentative terdahulu yang telah dibuat pada model studi sebelum pencabutan dan pemendekan gigi sisa rahang atas. Pada kasus ini didapatkan dimensi vertical oklusal 55mm dan dimensi vertical fisiologis 60mm sehingga perlu dilakukan penambahan dimensi vertical oklusal 2 mm menjadi 57mm agar mendapat dukungan pipi dan bibir yang baik, kemudian face bow transfer dan model kerja dipasang di articulator semi adjustable untuk dilakukan penyusunan gigi.

Kunjungan keenam adalah mencoba protesa malam dan pembentukan gingiva malam setelah dilakukan penyesuaian oklusi, artikulasi dan estetika, gigi tiruan malam diproses menjadi resin akrilik.

Kunjungan ketujuh adalah insersi gigi tiruan penuh rahang atas dan gigi tiruan sebagian akrilik rahang bawah, dilakukan penyesuaian basis dengan pasta indicating pressure dan cek oklusi dan artikulasi gigi dengan articulating paper

Pemeriksaan berkala/kontrol pasien dilakukan secara teratur terutama oklusi, artikulasi, permukaan kontak basis gigi tiruan dan keadaan mukosa pendukung. Kebersihan mulut dan DHE diberikan sampai 3 minggu kemudian gigi tiruannya sudah nyaman dipakai.



Gambar 5. Pemakaian overdenture GTP RA yang berantagonis dengan GTS RB Klas I Kennedy pada pasien.



Gambar 6. Profil pasien sebelum (kiri) dan sesudah (kanan) memakai gigi tiruan

Pembahasan

Pasien laki-laki usia 53 tahun masih relatif muda dengan kebersihan mulut kurang dan telah kehilangan gigi yang banyak hal ini menunjukkan selama ini pasien kurang memperhatikan perawatan kesehatan gigi, tahap pertama yang harus dilakukan adalah perawatan jaringan periodontal dengan pembersihan karang gigi dan polishing untuk menyembuhkan peradangan ginggiva dan jaringan periodontal serta mencegah infeksi berlanjut. DHE adalah hal yang penting harus dilakukan pada pasien untuk menjaga dan memperhatikan kesehatan giginya dan kontrol secara teratur.

Perawatan saluran akar vital pulpectomy pada gigi 13 dan 25 untuk

restorasi cast metal coping karena pada pemeriksaan radiologis 2/3 panjang akar gigi masih tertanam pada tulang alveolar dan pada pemeriksaan klinis gigi goyang 2 derajat oleh karena traumatic oklusi dengan gigi bawah terutama gigi 13, ekstrusi, setelah dilakukan pemendekan mahkota kegoyangan gigi hilang. Lokasi gigi 13 dan 25 ini sangat tepat untuk menahan tekanan oklusal yang terbesar pada gerakan fungsional sehingga mencegah kerusakan jaringan periodontal dan resorpsi tulang alveolar. Diharapkan dengan meletakkan restorasi cast metal coping pada gigi 13 dan 25 dapat mempertahankan ketinggian prosesus alveolaris, mencegah pertumbuhan jaringan fibrous tuberositas maksila, mencegah

flabby jaringan lunak, menambah retensi dan stabilisasi basis gigi tiruan.

Pencabutan gigi 16, 18 dan 28 oleh karena gigi telah migrasi dan miring ke mesial, ekstrusi, resesi ginggiva 8mm dan goyang 3 derajat, kondisi ini tidak dapat dipertahankan untuk gigi penjangkaran, mengganggu penyusunan gigi sehingga merupakan indikasi pencabutan.

Bentuk kehilangan gigi rahang bawah adalah 36, 37, 45, 46, 47 memerlukan rehabilitasi gigi tiruan sebagian akrilik ginggival karena membutuhkan dukungan dari mukosa dan tulang alveolar. Pasien tidak bersedia dibuatkan gigi tiruan sebagian kerangka logam oleh karena masalah biaya yang mahal. Gigi penjangkarannya adalah 34, 35 dengan cengkran 2 jari panjang karena untuk splinting gigi tersebut yang telah mengalami resesi ginggiva sehingga dikhawatirkan mengalami kegoyangan dan gigi penjangkaran 44 pada sisi lain dengan cengkram 2 jari gingival untuk menambah retensi dan stabilisasi gigi tiruan rahang bawah.

Single complete overdenture rahang atas dan berantagonis dengan gigi tiruan sebagian lepasan akrilik perluasan distal bilateral pada kasus ini merupakan perawatan yang terbaik karena akan mendapat dukungan dari perluasan distal semaksimalnya, kontak rapat dan merata basis gigi tiruan dan mukosa, adanya cengkram pada GTS rahang bawah, keseimbangan oklusi dan untuk mengatasi locking pada regio 13 dan 25 pada basis dilakukan penghalusan dan pembevelan tepi basis di regio coping agar gerakan lateral tidak terhambat.

Penting untuk mendapatkan perhatian pada kasus ini adalah mencegah terjadinya sindroma kombinasi, untuk mengatasi masalah ini tindakan utama yang harus dilakukan adalah menghilangkan atau mencegah beban oklusal yang berlebihan pada regio anterior rahang atas dengan penyusunan gigi anterior yang bebas kontak pada posisi sentrik dan kontak ringan pada posisi eksentrik. Perawatan jaringan periodontal yang tersisa dengan seksama sehingga mencegah infeksi dan kerusakan jaringan lunak dengan pemakaian splinting

gigi tiruan lepasan dapat menjadi pertimbangan desain gigi tiruan sebagian mandibula. Untuk mendapat dukungan oklusi yang positif pada gigi asli yang tersisa rahang bawah dengan memanfaatkan dukungan mukosa edentulous di regio perluasan distal bilateral yaitu perluasan basis gigi tiruan sebagian rahang bawah dengan pencetakan border moulding dan menggunakan cengkram direk dan tidak direk untuk mencegah rotasi, gerakan lateral dan anteroposterior.⁵

Keuntungan utama pemakaian overdenture adalah mencegah resorpsi residual ridge, menambah kenyamanan fungsi pengunyahan karena secara psikologis pasien merasakan masih ada gigi asli yang tertinggal, dan meningkatkan retensi dan stabilisasi basis gigi tiruan. Sedangkan kerugian overdenture adalah sensitivitas gigi penjangkaran coping mudah menjadi karies cervical, koloni bakteri dibawah basis gigi tiruan sehingga dapat menimbulkan penyakit periodontal. Pasien dianjurkan untuk menjaga kebersihan mulutnya, melepas gigi tiruannya pada malam hari dan membersihkannya, kontrol dokter gigi secara teratur.⁷

Kesimpulan

Pada kasus dengan perawatan single complete denture rahang atas yang berantagonis dengan gigi tiruan sebagian rahang bawah perluasan distal bilateral (Klas I Kennedy) merupakan indikasi yang tepat mempertahankan sisa akar yang masih mampu untuk menahan beban oklusal dengan dibuatkan restorasi cast metal coping pada corona akar, terutama pada lokasi gigi caninus dan premolar rahang atas yang mendapatkan beban oklusal terbesar selama pengunyahan.

Keuntungan mempertahankan sisa akar sebagai dukungan basis gigi tiruan adalah mencegah resorpsi pada prosesus alveolaris sehingga dapat mempertahankan

ketinggian prosesus alveolaris, menambah stabilisasi basis gigi tiruan, mempertahankan dimensi vertical, membantu menahan tekanan oklusal yang berlebihan pada jaringan lunak sehingga mencegah flabby jaringan dan mencegah terjadinya sindroma kombinasi yang sangat merugikan.

Pemeliharaan pasca perawatan prostetik menjadi hal yang sangat penting pada kasus ini untuk mempertahankan kebersihan dan menjaga kesehatan gigi dan mulut, membersihkan gigi tiruan secara teratur untuk mencegah akumulasi bakteri, kontrol secara teratur ke dokter gigi.

Daftar Pustaka

1. Stewart, Rudd, Kuebker. *Clinical Removable Partial Prosthodontics*. Ishiyaku EuroAmerica, Inc Pub. St. Louis. Tokyo. 1992:555-69
2. Watt DM, MacGregor AR. *Membuat Desain Gigi Tiruan Lengkap*. 1992: 70-98
3. Lord JL et al. The Overdenture: Patient selection, use of copings, and follow-up evaluation. *JPD* July 1974. 32: 1: 41-51
4. Shen K et al. Prevalence of the "Combination Syndrome" among denture patients. *JPD* Dec. 1989. 62. 6: 642-44
5. Saunders TR et al. The Maxillary Complete Denture opposing the Mandibular bilateral distal extension partial denture: Treatment Considerations. *JPD* Feb 1979. 41: 2: 124-8
6. Heartwell CM et al. *Syllabus of Complete Denture* 4th ed. Lea&Febiger Philadelphia. 1986
7. Budtz-jorgensen E et al. Effect of Controlled Oral Hygiene in Overdenture Wearers: A 3-year Study. *The International Journal of Prosthodontics*. May/June 1991:4: 3:226-37